

En esta lista de medicamentos preferidos se puede buscar. Aquí se explica cómo buscar un medicamento:

1. Oprima “Control F” para abrir la herramienta de búsqueda
2. Escriba el nombre del medicamento en la casilla de texto
3. Oprima “enter”

### Planning for Healthy Babies® (P4HB): Programa de farmacia para Planificación Familiar (Family Planning; FP)

Peach State Health Plan cubre todas las formas de métodos anticonceptivos para las mujeres en Planificación Familiar (Family Planning) de Planning for Healthy Babies®. El equipo de farmacia trabaja con médicos y farmacéuticos para garantizar que los medicamentos para prevenir el embarazo estén cubiertos en la Lista de medicamentos preferidos para planificación familiar (FP-PDL, por sus siglas en inglés). Su médico debe recetarle estos medicamentos.

### Planning for Healthy Babies®: Lista de medicamentos preferidos para planificación familiar (FP-PDL)

La Lista de medicamentos preferidos para planificación familiar (FP-PDL) de Peach State Health Plan es la lista de medicamentos cubiertos. La FP-PDL le indica los medicamentos que puede obtener en las farmacias locales. El Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) actualiza la lista cada tres meses. El grupo está formado por el director médico, el director médico jefe de servicios farmacéuticos y varios médicos de atención primaria, farmacéuticos y especialistas de Peach State Health Plan.

El Programa de Farmacia de Planificación Familiar no paga todos los medicamentos. Sólo estos tipos de medicamentos están cubiertos:

- Control de la natalidad (anticonceptivos)
- Antibióticos utilizados para tratar enfermedades de transmisión sexual (excepto VIH/SIDA y hepatitis)
- Ácido Fólico y multivitaminas con ácido fólico
- Medicamentos para las infecciones del tracto genital inferior y de la piel genital
- Medicamentos para tratar las infecciones del tracto urinario (UTI, por sus siglas en inglés)

Algunos medicamentos tienen límites de edad, dosis y cantidades máximas. Estos medicamentos necesitan una autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) si el médico cree que necesita más del límite.

Puede llamar a Servicios para los Afiliados para hablar con alguna persona sobre la lista de medicamentos que cubre Peach State Health Plan. El número de teléfono de Servicios para los Afiliados es [1-800-704-1484](tel:1-800-704-1484) (TTY/TTD [1-800-255-0056](tel:1-800-255-0056)). También puede usar la herramienta “Drug Lookup” (“Búsqueda de medicamentos”) en la página web segura para afiliados para saber

si su medicamento está cubierto. Puede acceder a la herramienta iniciando sesión en el [Portal para Afiliados](#).

### Administrador de beneficios de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés)

Peach State Health Plan trabaja con Express Scripts para pagar los reclamos de farmacia. Express Scripts es nuestro Administrador de beneficios de farmacia (PBM).

### Límites de dispensación

La farmacia puede entregarle un suministro de hasta 31 días de cada nueva receta o resurtido. Puede haber algún medicamento, como Depo-Provera, que se administra una vez y dura 84 días. Debe haber consumido el 80% del suministro o haber transcurrido 25 días antes de que se pueda reabastecer el medicamento para los medicamentos FP-PDL que no están controlados. Para los medicamentos controlados debe haber consumido el 90% del suministro antes de que se pueda reabastecer el medicamento. Para algunos medicamentos controlados necesitará una nueva receta.

### Uso apropiado y ediciones de seguridad

Su seguridad es muy importante para Peach State Health Plan. Una de las formas en que vigilamos su seguridad es a través de ediciones en el punto de venta (POS, por sus siglas en inglés) cuando la farmacia envía el reclamo del medicamento. Estas ediciones se basan en las aprobaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Un ejemplo sería autorizar solo un medicamento en la misma clase de terapia cada mes.

Puede encontrar más información sobre los medicamentos que forman parte de estas ediciones en el documento **Ediciones de seguridad y uso apropiado** en el sitio web de Peach State Health Plan en [www.pshp.com](http://www.pshp.com).

### Autorizaciones previas (PA)

Algunos medicamentos de la FP-PDL pueden requerir PA. Debe hablar con su médico o farmacéutico si su farmacia le indica que es necesaria una PA. El médico o la farmacia deben enviar una solicitud a Servicios de farmacia en el **Formulario de Autorización previa de medicamentos**. Este formulario se encuentra en el sitio web de Peach State Health Plan en [www.pshp.com](http://www.pshp.com). El formulario completo y las notas médicas para mostrar su historial deben **enviarse por fax a Servicios de farmacia al 1-833-582-2342**. También se puede enviar una solicitud usando el portal electrónico seguro de Autorización previa de Cover My Meds en [www.covermyeds.com](http://www.covermyeds.com).

Peach State Health Plan cubrirá el medicamento si:

- Hay una razón médica por la que necesita ese medicamento específico.
- Otros medicamentos en la FP-PDL no han sido eficaces.

Todas las revisiones las realiza un farmacéutico clínico autorizado en Georgia y se completarán en 24 horas, a menos que se necesite más información. Ellos usan los estándares establecidos por el Comité P&T de Peach State Health Plan. Si se aprueba la solicitud, Servicios de Farmacia envía un fax a su médico. Si no se aprueba, Peach State Health Plan y Servicios de Farmacia le enviarán una carta a usted y un fax a su médico. La carta tendrá una lista de otros medicamentos similares. También le informará sobre el proceso de apelación.

### Terapia escalonada

Algunos medicamentos incluidos en la FP-PDL pueden requerir primero el uso de otro medicamento. Esto se llama terapia escalonada. Si ya adquirió el medicamento requerido con Peach State Health Plan, el medicamento de terapia escalonada estará cubierto. Si no ha probado el medicamento de la FP-PDL, su médico deberá enviar un formulario de PA con otros medicamentos que ya haya probado. Si Servicios de Farmacia no aprueba la PA, le enviaremos una carta y un fax a su médico. La carta le informará sobre el proceso de apelación.

### Límites de cantidad

Peach State Health Plan puede limitar la cantidad de medicamento que puede recibir a la vez. Si el médico considera que necesita una cantidad mayor, se puede enviar una autorización previa a Servicios de Farmacia. Si Servicios de Farmacia no aprueba la PA, le enviaremos una carta y un fax a su médico. La carta le informará sobre el proceso de apelación.

### Solicitudes de necesidad médica

Sólo los medicamentos que se listan en la FP-PDL están cubiertos para mujeres en planificación familiar. Si necesita un medicamento que no está en la FP-PDL, su médico puede presentar una solicitud de PA para el medicamento por necesidad médica (MN, por sus siglas en inglés). Hay medicamentos en la FP-PDL para tratar la mayoría de las afecciones cubiertas por P4HB-FP. Para medicamentos que no están en la FP-PDL, Peach State Health Plan requiere:

- Notas del médico que demuestren que probó al menos dos medicamentos de la FP-PDL de la misma clase y que se usaron para el mismo diagnóstico; o
- Notas del médico que demuestren que es alérgica o que no puede recibir al menos dos medicamentos de FP-PDL de la misma clase; o
- Notas del médico para demostrar que no puede recibir ninguno de los medicamentos de la FP-PDL para su diagnóstico.

Todas las revisiones las realiza un farmacéutico clínico autorizado en Georgia y se completarán en 24 horas, a menos que se necesite más información. Ellos usan los estándares establecidos por el

Comité P&T. Si se aprueba la solicitud, Servicios de Farmacia envía un fax a su médico. Si no se aprueba, Peach State Health Plan y Servicios de Farmacia le enviarán una carta a usted y un fax a su médico. La carta tendrá una lista de otros medicamentos similares. También le informará sobre el proceso de apelación.

### Política de suministro de emergencia de 72 horas

Las leyes estatales y federales establecen que una farmacia puede brindarle un suministro de medicamentos para 72 horas (3 días) si está esperando la revisión de PA. A las farmacias se les pagará el suministro de 3 días incluso si no se aprueba la PA. El farmacéutico puede usar su criterio profesional para decidir si el medicamento es urgente. No se permite el suministro de 72 horas para sustancias controladas que necesitan PA. La farmacia debe **llamar a Servicios de Farmacia al 1-866-399-0928** para obtener ayuda para enviar el suministro de 72 horas para su pago.

### Exclusiones

Sólo las categorías de medicamentos que se listan en la FP-PDL de Peach State Health Plan están cubiertas para mujeres en Planificación Familiar. Todas las demás categorías de medicamentos no están cubiertas.

### Medicamentos cubiertos bajo el beneficio médico

Peach State Health Plan cubre algunas vacunas y medicamentos bajo el beneficio médico para mujeres en Planificación Familiar de Planning for Healthy Babies®. Estos medicamentos no se pueden surtir en una farmacia local. El médico puede facturarle a Peach State Health Plan por ellos. Si tiene preguntas sobre qué vacunas y medicamentos inyectables están cubiertos, llame al Departamento de Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan.

Algunos métodos anticonceptivos se deben de administrar en el consultorio del médico. Los dispositivos intrauterinos (IUD, por sus siglas en inglés), como Mirena, Liletta, Skyla y Paragard, se pueden colocar durante su visita al consultorio de planificación familiar. También se puede insertar un anticonceptivo implantable, llamado Nexplanon, durante su visita al consultorio de planificación familiar. Si tiene preguntas sobre anticonceptivos, consulte con su médico.

### Medicamentos de venta libre

La FP-PDL de Peach State Health Plan cubre algunos medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés). Estos medicamentos de venta libre están cubiertos cuando su médico le receta uno de ellos.

## Medicamentos genéricos

Los medicamentos de marca no estarán cubiertos sin PA cuando esté disponible un medicamento genérico aceptable. Los medicamentos genéricos tienen el mismo ingrediente activo y actúan igual que los medicamentos de marca. Si usted o su médico consideran que se necesita uno de marca, su médico puede solicitar la PA. Cubriremos el medicamento de marca si existe una razón médica por la que necesita el medicamento de marca. Si no se aprueba, Peach State Health Plan y Servicios de Farmacia le enviarán una carta a usted y un fax a su médico. La carta tendrá una lista de otros medicamentos. También le informará sobre el proceso de apelación.

## Surtir una receta

Usted puede surtir sus medicamentos en una farmacia de Peach State Health Plan. Puede encontrar una farmacia llamando a Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan. También puede buscar una farmacia cercana usando la herramienta “Provider-Lookup” (Búsqueda de Proveedores) en el sitio web. Deberá entregarle al farmacéutico su receta y su tarjeta de identificación de Peach State Health Plan. Su farmacia puede solicitar otras formas de identificación, como licencia de conducir o identificación estatal.

## Requisitos para proveedores que solicitan, recetan y refieren (OPR, por sus siglas en inglés)

Medicaid de Georgia y el Centro de Servicios de Medicaid y Medicare (CMS, por sus siglas en inglés) quieren que su médico esté incluido en Medicaid de Georgia. Peach State Health Plan y Servicios de Farmacia verifican los reclamos de farmacia para asegurarse de que la farmacia y el médico que aparecen en su receta estén inscritos en Georgia Families®. Si un médico no registrado escribe su receta, la receta será rechazada. Su farmacia no podrá surtir sus recetas si no está inscrita en Georgia Families®.

## Copagos

No se requieren copagos para las mujeres en Planificación Familiar de Planning for Healthy Babies®.

## Información del contacto

Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan:	<u>1-800-704-1484</u>
	Fax: 1-800-659-7518
Línea TTY/TDD de Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan:	<u>1-800-255-0056</u>
Autorizaciones previas de servicios de farmacia:	<u>1-866-399-0928</u>
	Fax: 1-833-582-2342
Servicio de ayuda de farmacia de Express Scripts:	<u>1-833-750-4403</u>

### Ayuda de idiomas

¿Necesita traducido este documento? ¿Necesita ayuda para entender este documento? Si es así, llame a la línea de Servicios para los Afiliados de Peach State Health Plan al 1-800-704-1484 Si tiene problemas de audición, llame a nuestra línea TDD/TTY al 1-800-255-0056. Para obtener esta información en letra grande o en cinta de audio, llame a Servicios para los Afiliados. Los servicios de intérprete se le proporcionan de forma gratuita. Peach State Health Plan tiene una línea telefónica en idiomas disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

### Abreviaturas en la Lista de medicamentos preferidos

ABREVIATURAS EN NIVELES DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS	
Nivel	Definiciones de niveles
<i>P</i>	Medicamento preferido

  

REQUISITOS o LÍMITES	
Requisito/Límites	Descripción del requisito/límite
<i>AL</i>	<b>Límite de edad:</b> El medicamento está limitado para una edad específica
<i>PA</i>	<b>Autorización previa:</b> Se requiere revisión antes de poder surtir la receta
<i>QL</i>	<b>Límite de cantidad:</b> Hay un límite en la cantidad cubierta por receta o dentro de un período de tiempo establecido.
<i>Rx/OTC</i>	El producto tiene cobertura <b>tanto con o sin receta</b>
<i>SP</i>	<b>Medicamento de especialidad:</b> Medicamentos de alto costo que se usan para tratar afecciones complejas, como esclerosis múltiple, artritis reumatoide, hepatitis C y hemofilia, y pueden estar limitados a una farmacia específica.
<i>ST</i>	<b>Terapia escalonada:</b> Requiere prueba y fracaso de uno o más productos preferidos antes de la cobertura.

  

DESCRIPCIONES DE LAS EDICIONES CLÍNICAS	
Nombre de la edición	Descripción de la edición
<i>Opiode</i>	<p>Los medicamentos opioides de acción corta solo se pueden surtir durante 7 días cada vez, cuando no se surtan opioides en los últimos 180 días (sin tratamiento previo). Este límite se extiende a reabastecimientos de 30 días cuando un(a) afiliado(a) tiene antecedentes médicos de cáncer, anemia falciforme o cuidados paliativos en sus registros.</p> <p>Límites para personas sin tratamiento previo*:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis diaria máxima = 50 MME**</li> <li>• Suministro máximo de días = 7 días</li> <li>• Debe usar opioides de acción corta antes que opioides de acción prolongada</li> </ul> <p>*Sin tratamiento previo significa sin reposición de opioides en los últimos 180 días                      **MME = Equivalente en miligramos de morfina</p>

<i>Tiras reactivas</i>	Los(as) usuarios(as) de insulina se limitan a 150 tiras por cada 30 días; Los(as) usuarios(as) que no usan insulina se limitan a 100 tiras por cada 90 días EXCEPCIONES: Los(as) siguientes afiliados(as) pueden obtener hasta 200 tiras por 30 días <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afiliados(as) menores de 18 años</li> <li>• Afiliadas con diabetes gestacional o diabetes durante el embarazo</li> </ul>
------------------------	--

**ABREVIATURAS ESTÁNDAR**

Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
<i>AEPB</i>	Aerosol en polvo activado por el aliento
<i>AERB</i>	Aerosol, activado por el aliento
<i>AERO</i>	Aerosol
<i>AJKT</i>	Kit de autoinyector
<i>AUIJ</i>	Autoinyector
<i>CAPS</i>	Cápsula
<i>CHEW</i>	Comprimido masticable
<i>CONC</i>	Concentrado
<i>CP12</i>	Cápsula de liberación prolongada de 12 horas
<i>CP24</i>	Cápsula de liberación prolongada de 24 horas
<i>CPCR</i>	Cápsula de liberación prolongada
<i>CPDR</i>	Cápsula de liberación retardada
<i>CPEP</i>	Cápsula con recubrimiento entérico
<i>CPSP</i>	Cápsula dispersable
<i>CREA</i>	Crema
<i>CSDR</i>	Cápsula dispersable de liberación retardada
<i>DEVI</i>	Dispositivo
<i>ELIX</i>	Elixir
<i>EMUL</i>	Emulsión
<i>ENEM</i>	Enema
<i>EX</i>	Externo
<i>GRAN</i>	Gránulos
<i>IJ</i>	Inyección
<i>IMPL</i>	Implante
<i>INHA</i>	Inhalador
<i>INJ</i>	Inyectable

Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
<i>IUD</i>	Dispositivo intrauterino
<i>IV</i>	Intravenoso
<i>LIQD</i>	Líquido
<i>LOTN</i>	Loción
<i>LOZG</i>	Pastilla
<i>LPOP</i>	Comprimido soluble
<i>MISC</i>	Misceláneos
<i>NA</i>	Nasal
<i>NEBU</i>	Solución de nebulización
<i>OINT</i>	Ungüento
<i>OP</i>	Oftálmico
<i>OPHT</i>	Oftálmico
<i>OR</i>	Oral
<i>PACK</i>	Paquete
<i>PEN</i>	Pluma para inyección
<i>PNKT</i>	Estuche de pluma para inyección
<i>POT</i>	Potasio
<i>POWD</i>	Polvo
<i>PRSY</i>	Jeringa precargada
<i>PSKT</i>	Estuche de jeringa precargada
<i>PSTE</i>	Pasta
<i>PT24</i>	Parche de 24 Horas
<i>PT72</i>	Parche de 72 Horas
<i>PTCH</i>	Parche
<i>PTTW</i>	Parche dos veces por semana
<i>PTWK</i>	Parche semanal
<i>RE</i>	Rectal
<i>S.O.P.</i>	Preparación oftálmica estéril
<i>SHAM</i>	Champú
<i>SOAJ</i>	Autoinyector con solución
<i>SOCT</i>	Cartucho con solución

Peach State Health Plan: Planning for Healthy Babies®  
 Sólo planificación familiar - Lista de medicamentos preferidos (PDL)



Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
<i>SOLN</i>	Solución
<i>SOLR</i>	Solución reconstituida
<i>SOPN</i>	Pluma para inyección con solución
<i>SOSY</i>	Jeringa precargada con solución
<i>SRER</i>	Suspensión reconstituida de liberación prolongada
<i>STRP</i>	Tira
<i>SUBL</i>	Tableta sublingual
<i>SUER</i>	Suspensión de liberación prolongada
<i>SUPN</i>	Pluma para inyección con suspensión
<i>SUPP</i>	Supositorio
<i>SUSP</i>	Suspensión
<i>SUSR</i>	Suspensión reconstituida
<i>SUSY</i>	Jeringa precargada con suspensión
<i>SYRP</i>	Jarabe
<i>T12A</i>	Comprimidos de liberación prolongada de 12 horas para disuadir el abuso

Forma de dosis	Descripción de la forma de dosis
<i>TABS</i>	Comprimidos
<i>TB12</i>	Comprimidos de liberación prolongada de 12 horas
<i>TB24</i>	Comprimidos de liberación prolongada de 24 horas
<i>TBCR</i>	Comprimidos de liberación prolongada
<i>TBDP</i>	Tableta dispersable
<i>TBEC</i>	Tableta con recubrimiento entérico
<i>TBEF</i>	Tableta efervescente
<i>TBPK</i>	Paquete de comprimidos terapéuticos
<i>TBSO</i>	Comprimido soluble
<i>TEST</i>	Prueba de diagnóstico
<i>TINC</i>	Tintura
<i>TROC</i>	Comprimido soluble
<i>VA</i>	Vaginal
<i>VI</i>	Indicador Visual
<i>WAFR</i>	Oblea
<i>XR</i>	Liberación prolongada

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<b>AMINOGLUCÓSIDOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas</b>		
Aminoglucósidos		
<i>neomycin sulfate TABS PO</i>	P	
ZEMDRI	P	PA
<b>ANALGÉSICOS - OPIOIDES - Medicamentos para el tratamiento del dolor, afecciones musculares y articulares</b>		
Combinaciones de opioides		
<i>hydrocodone-acetaminophen SOLN PO 108 MG/5ML-2.5 MG/5ML, 217 MG/10ML-5 MG/10ML, 325 MG/15ML-7.5 MG/15ML</i>	P	QL(180 ML al día); 2 surtidos máx. cada 30 días de venta al por menor
<b>PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS - Medicamentos rectales para tratar el dolor, la hinchazón y la picazón</b>		
Esteroides rectales		
<i>hydrocortisone (rectal) EX 1 %</i>	P	PA; RX/OTC
<b>ANTIFÚNGICOS - Medicamentos para tratar las infecciones por hongos</b>		
Antifúngicos		
<i>griseofulvin microsize SUSP PO</i>	P	
<i>griseofulvin microsize TABS PO</i>	P	
<i>griseofulvin ultramicrosize PO</i>	P	
<i>nystatin TABS PO</i>	P	QL(6 cada día)
<i>terbinafine hcl TABS PO</i>	P	QL(1 cada día; 90 cada 120 días de venta al por menor)
Imidazole- Antifúngicos relacionados		
<i>DIFLUCAN SUSR PO (Use fluconazole)</i>	NP	QL(70 ML por surtido al por menor)
<i>DIFLUCAN TABS PO 100 MG, 200 MG (Use fluconazole)</i>	NP	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>DIFLUCAN TABS PO 150 MG (Use fluconazole)</i>	NP	QL(2 por surtido al por menor)
<i>DIFLUCAN TABS PO 50 MG (Use fluconazole)</i>	NP	QL(3 cada 14 días de venta al por menor)
<i>fluconazole SUSR PO</i>	P	QL(70 ML por surtido al por menor)
<i>fluconazole TABS PO 100 MG, 200 MG</i>	P	
<i>fluconazole TABS PO 150 MG</i>	P	QL(2 por surtido al por menor)
<i>fluconazole TABS PO 50 MG</i>	P	QL(3 cada 14 días de venta al por menor)
<i>itraconazole CAPS PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>ketoconazole PO</i>	P	QL(1 cada día)
<i>SPORANOX CAPS PO (Use itraconazole)</i>	NP	QL(1 cada día)
<i>TOLSURA CAPS PO</i>	P	PA
<b>MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS - VARIOS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas</b>		
Medicamentos antiinfecciosos - varios		
<i>metronidazole TABS PO</i>	P	
<i>tinidazole PO 500 MG</i>	P	QL(20 cada 30 días de venta al por menor)
<i>trimethoprim TABS PO</i>	P	
Antiinfecciosos varios - combinaciones		
<i>BACTRIM DS TABS PO (Use sulfamethoxazole-trimethoprim)</i>	NP	
<i>BACTRIM TABS PO (Use sulfamethoxazole-trimethoprim)</i>	NP	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP PO</i>	P	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim TABS PO</i>	P	
Lipopéptidos cíclicos		
<i>daptomycin</i>	P	PA
<i>DAPTOMYCIN (Use daptomycin)</i>	NP	PA
<i>DAPTOMYCIN</i>	P	PA

Georgia Medicaid Family Planning

Actualizado: 1 de enero de 2025

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<b>Lincosamidas</b>		
CLEOCIN PO (Use <i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> )	NP	QL(300 ML por surtido al por menor)
CLEOCIN PO 150 MG, 300 MG (Use <i>clindamycin hcl</i> )	NP	
<i>clindamycin hcl</i> PO 150 MG, 300 MG	P	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> PO	P	QL(300 ML por surtido al por menor)
<b>Monobactámicos</b>		
AZACTAM (Use <i>aztreonam</i> )	NP	PA
<i>aztreonam</i>	P	PA
<b>Polimixinas</b>		
<i>colistimethate sodium</i>	P	PA
COLY-MYCIN M (Use <i>colistimethate sodium</i> )	NP	PA
<b>ANTIVIRALES - Medicamentos para tratar las infecciones virales</b>		
<b>Medicamentos contra el CMV</b>		
GANCICLOVIR SODIUM SOLN	P	PA
PREVYMIS SOLN	P	PA
PREVYMIS TABS	P	PA
<b>Medicamentos contra el herpes</b>		
<i>acyclovir</i> CAPS PO	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>acyclovir</i> SUSP PO	P	QL(400 ML cada 30 días de venta al por menor)
<i>acyclovir</i> TABS PO 400 MG	P	QL(3 cada día)
<i>acyclovir</i> TABS PO 800 MG	P	QL(50 cada 30 días de venta al por menor)
<i>valacyclovir hcl</i> PO 1 GM	P	QL(42 cada 30 días de venta al por menor)
<i>valacyclovir hcl</i> PO 500 MG	P	QL(2 cada día)
VALTRES PO 500 MG (Use <i>valacyclovir hcl</i> )	NP	QL(2 cada día)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
VALTRES PO 1 GM (Use <i>valacyclovir hcl</i> )	NP	QL(42 cada 30 días de venta al por menor)
ZOVIRAX SUSP PO (Use <i>acyclovir</i> )	NP	QL(400 ML cada 30 días de venta al por menor)
<b>MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES - VARIOS - Medicamentos para tratar afecciones cardíacas y circulatorias</b>		
<b>Vasodilatadores periféricos</b>		
<i>inositol niacinate</i> CAPS PO	P	PA
<b>CEFALOSPORINAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas</b>		
<b>Cefalosporinas de primera generación</b>		
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE SOLN 4 %-1 GM/50ML, 4 %-2 GM/100ML, 5 %-2 GM/100ML	P	PA
<i>cephalexin</i> CAPS PO 250 MG, 500 MG	P	
<i>cephalexin</i> SUSR PO	P	
<b>Cefalosporinas de segunda generación</b>		
<i>cefaclor</i> CAPS PO	P	
<i>cefaclor</i> SUSR PO 125 MG/5ML, 250 MG/5ML, 375 MG/5ML	P	
<i>cefroxitin sodium</i> IV	P	PA
<i>cefprozil</i> SUSR PO	P	QL(200 ML por surtido al por menor); AL(Hasta 12 años)
<i>cefprozil</i> TABS PO	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>cefuroxime axetil</i> TABS PO	P	QL(20 por surtido al por menor)
<b>Cefalosporinas de tercera generación</b>		
<i>cefdinir</i> CAPS PO	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>cefdinir</i> SUSR PO	P	QL(100 ML por surtido al por menor)

Georgia Medicaid Family Planning

Actualizado: 1 de enero de 2025

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ceftazidime IV 1 GM, 2 GM, 6 GM	P	PA	norgestimate-ethinyl estradiol PO	P	
<b>ANTICONCEPTIVOS - Medicamentos para prevenir el embarazo</b>			norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic) PO	P	
<b>Anticonceptivos combinados - Orales</b>			norgestrel & ethinyl estradiol PO 30 MCG-0.3 MG	P	QL(2 cada día)
BALCOLTRA PO (Use levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron)	NP	PA	SEASONIQUE PO (Use levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day))	NP	QL(91 por surtido al por menor)
desogestrel & ethinyl estradiol PO	P		TYBLUME CHEW	P	
desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic) PO	P		YASMIN 28 PO (Use drospirenone-ethinyl estradiol)	NP	
desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic) PO	P		YAZ PO (Use drospirenone-ethinyl estradiol)	NP	QL(1 cada día)
drospirenone-ethinyl estradiol PO 0.02 MG-3 MG	P	QL(1 cada día)	<b>Anticonceptivos combinados - transdérmicos</b>		
drospirenone-ethinyl estradiol PO 0.03 MG-3 MG	P		norelgestromin-ethinyl estradiol	P	QL(3 cada 28 días de venta al por menor)
ethynodiol diacet & eth estrad PO	P		<b>Anticonceptivos combinados - vaginales</b>		
levonorgestrel & eth estradiol TABS PO	P		etonogestrel-ethinyl estradiol	P	QL(1 por surtido al por menor)
levonorgestrel-eth estradiol (triphasic) PO	P		NUVARING (Use etonogestrel-ethinyl estradiol)	NP	QL(1 por surtido al por menor)
levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day) PO 0.03 MG-0.15 MG	P	QL(91 por surtido al por menor)	<b>Anticonceptivos de emergencia</b>		
levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron PO	P	PA	levonorgestrel (emergency oc) PO 1.5 MG	P	QL(4 cada 365 días de venta al por menor)
MIRCETTE PO (Use desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic))	NP		PLAN B ONE-STEP PO (Use levonorgestrel (emergency oc))	NP	QL(4 cada 365 días de venta al por menor)
norethin acet & estrad-fe TABS PO 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG	P		<b>Anticonceptivos de progestina - inyectables</b>		
norethindrone & eth estradiol PO	P		DEPO-PROVERA SUSP IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive))	NP	QL(1 ML por surtido al por menor)
norethindrone acet & eth estra TABS PO	P		DEPO-PROVERA SUSY IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive))	NP	QL(1 ML por surtido al por menor)
norethindrone-eth estradiol (triphasic) PO	P				

Georgia Medicaid Family Planning

Actualizado: 1 de enero de 2025

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY SC	P	QL(1 ML por surtido al por menor)
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP IM</i>	P	QL(1 ML por surtido al por menor)
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSY IM</i>	P	QL(1 ML por surtido al por menor)
Anticonceptivos de progestina - orales		
<i>norethindrone (contraceptive) PO</i>	P	
<b>DERMATOLÓGICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la piel</b>		
Antivirales - tópicos		
<i>acyclovir topical CREA</i>	P	QL(5 GM por surtido al por menor)
<i>acyclovir topical OINT</i>	P	QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor)
ZOVIRAX CREA ( <i>Use acyclovir topical</i> )	NP	QL(5 GM por surtido al por menor)
ZOVIRAX OINT ( <i>Use acyclovir topical</i> )	NP	QL(30 GM cada 30 días de venta al por menor)
Corticosteroides - tópicos		
BRYHALI LOTN	P	PA
CORDRAN CREA 0.025 %	P	PA
CORTIZONE-10 MAXIMUM STRENGTH LIQD ( <i>Use hydrocortisone (topical)</i> )	NP	PA
CORTIZONE-10/ALOE LIQD ( <i>Use hydrocortisone (topical)</i> )	NP	PA
<i>halobetasol propionate FOAM</i>	P	PA
<i>hydrocortisone (topical) LIQD</i>	P	PA
IMPOYZ CREA	P	PA
LEXETTE FOAM ( <i>Use halobetasol propionate</i> )	NP	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>lidocaine-hydrocortisone acetate CREA 1 %-1 %</i>	P	PA
RADIAURA CREA	P	PA
SCARZEN SKIN REPAIR	P	PA
Medicamentos inmunomoduladores tópicos		
<i>imiquimod 5 %</i>	P	QL(48 cada 180 días de venta al por menor)
Medicamentos de uso tópico - varios		
AQUAPHOR 3 IN 1 DIAPER RASH CREA	P	PA
EPICYN SOLN	P	PA
HYCLODEX SOLN	P	PA
HYPOCYN SOLN	P	PA
QBREXZA	P	PA
TEARS AGAIN ADVANCED EYELID	P	PA
Escabicidas y pediculicidas		
<i>crotamiton LOTN</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
ELIMITE CREA ( <i>Use permethrin</i> )	NP	QL(60 GM por surtido al por menor)
LICEMD GEL	P	
NIX CREME RINSE LIQD EX ( <i>Use permethrin</i> )	NP	
<i>permethrin CREA</i>	P	QL(60 GM por surtido al por menor)
<i>permethrin LIQD EX</i>	P	
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD</i>	P	
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover 4 %-0.33 %-0.5 %</i>	P	
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.33 %</i>	P	

Georgia Medicaid Family Planning

Actualizado: 1 de enero de 2025

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
RID COMPLETE LICE ELIMINATION (Use pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover)	NP	
RID LIQD 4 %-0.33 % (Use pyrethrins-piperonyl butoxide)	NP	
SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM	P	QL(1 ML cada 14 días de venta al por menor)
<b>FLUOROQUINOLONAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas</b>		
Fluoroquinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl TABS PO 250 MG, 500 MG, 750 MG</i>	P	
<i>ciprofloxacin hcl TABS PO 100 MG</i>	P	QL(6 por surtido al por menor)
CIPRO TABS PO 250 MG, 500 MG (Use <i>ciprofloxacin hcl</i> )	NP	
<i>levofloxacin TABS PO</i>	P	QL(1 cada día; 14 por surtido al por menor)
<i>ofloxacin PO 300 MG, 400 MG</i>	P	QL(56 por surtido al por menor)
<b>MEDICAMENTOS CONTRA LA GOTA - Medicamentos para tratar la gota</b>		
Uricosúricos		
<i>probenecid PO</i>	P	
<b>MEDICAMENTOS HEMATOPOYÉTICOS - Medicamentos para tratar trastornos sanguíneos</b>		
Cobalaminas		
CYANOCOBALAMIN SOLN IJ	P	PA
METHYLCOBALAMIN SOLR	P	PA
<i>methylcobalamin SUBL</i>	P	PA
<i>methylcobalamin TBDP</i>	P	PA
Ácido fólico/folatos		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>folic acid TABS PO 1 MG</i>	P	RX/OTC
Mezclas hematopoyéticas		
ACTIRON	P	PA
FOLI-D TABS PO	P	PA
FOLVITE-D TABS PO	P	PA
GENICIN VITA-D TABS PO (Use <i>folic acid-cholecalciferol</i> )	NP	PA
HEMATRON-AF	P	PA
HEMAX EZY-DOSE	P	PA
IRO-PLEX	P	PA
IRO-PLEX	P	PA
MAXFE	P	PA
Suplementos de hierro		
HEMATEX LIQD	P	PA
NOVAFERRUM LIQD	P	PA
<b>MACROLIDOS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas</b>		
Azitromicina		
<i>azithromycin PACK PO</i>	P	QL(2 por surtido al por menor)
<i>azithromycin SUSR PO 200 MG/5ML</i>	P	QL(60 ML por surtido al por menor)
<i>azithromycin SUSR PO 100 MG/5ML</i>	P	QL(15 ML por surtido al por menor)
<i>azithromycin TABS PO 250 MG</i>	P	QL(6 por surtido al por menor)
<i>azithromycin TABS PO 600 MG</i>	P	QL(8 cada 28 días de venta al por menor)
<i>azithromycin TABS PO 500 MG</i>	P	QL(4 cada día)
ZITHROMAX TRI-PAK TABS PO (Use <i>azithromycin</i> )	NP	QL(4 cada día)
ZITHROMAX Z-PAK TABS PO (Use <i>azithromycin</i> )	NP	QL(6 por surtido al por menor)
ZITHROMAX PACK PO	P	QL(2 por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ZITHROMAX SUSR PO 200 MG/5ML (Use <i>azithromycin</i> )	NP	QL(60 ML por surtido al por menor)
ZITHROMAX SUSR PO 100 MG/5ML (Use <i>azithromycin</i> )	NP	QL(15 ML por surtido al por menor)
ZITHROMAX TABS PO 250 MG (Use <i>azithromycin</i> )	NP	QL(6 por surtido al por menor)
ZITHROMAX TABS PO 500 MG (Use <i>azithromycin</i> )	NP	QL(4 cada día)
<b>Clarithromicina</b>		
<i>clarithromycin</i> SUSR PO 250 MG/5ML	P	QL(200 ML por surtido al por menor)
<i>clarithromycin</i> SUSR PO 125 MG/5ML	P	QL(100 ML por surtido al por menor)
<i>clarithromycin</i> TABS PO	P	QL(28 por surtido al por menor)
<i>clarithromycin</i> TB24 PO	P	QL(14 por surtido al por menor)
<b>Eritromicinas</b>		
E.E.S. GRANULES SUSR PO (Use <i>erythromycin ethylsuccinate</i> )	NP	
ERYPED 200 SUSR PO (Use <i>erythromycin ethylsuccinate</i> )	NP	
ERYPED 400 SUSR PO (Use <i>erythromycin ethylsuccinate</i> )	NP	
<i>erythromycin</i> base CPEP PO	P	
<i>erythromycin</i> base TABS PO	P	
<i>erythromycin</i> base TBEC PO	P	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> SUSR PO	P	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS PO	P	
<i>erythromycin stearate</i> TABS PO 250 MG	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<b>DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS</b>		
<b>Anticonceptivos</b>		
FC2 FEMALE CONDOM	P	
FEMCAP DEVI	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor)
MALE CONDOMS-MISC	P	QL (36 cada 30 días)
OMNIFLEX DIAPHRAGM	P	QL(1 cada 365 días de venta al por menor)
<b>CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS</b>		
<b>Productos homeopáticos</b>		
ARNICARE ARNICA OINT	P	PA
AVENOC OINT	P	PA
CALENDULA OINT	P	PA
CVS NERVE PAIN RELIEF OINT	P	PA
ICHTHAMMOL DRAWING SALVE OINT	P	PA
NEURAGEN PN OINT	P	PA
PRID OINT	P	PA
TRAUMEEL OINT	P	PA
ZEEL ARTHRITIS PAIN RELIEF OINT	P	PA
<b>MULTIVITAMINAS</b>		
<b>Complejo B con ácido fólico</b>		
<i>multiple vitamins w/ iron</i> TABS PO	P	QL(1 cada día)
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE TABS PO	P	QL(1 cada día)
<b>Multivitaminas</b>		
ALTRIXA TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC
AMLADEX TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC
DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC
ESTROFACTORS TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC

Georgia Medicaid Family Planning

Actualizado: 1 de enero de 2025

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
FOLCYTEINE TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC	MULTIVITAMIN DROPS/IRON SOLN PO	P	PA
GENICIN VITA-Q TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC	POLY-VITE/IRON SOLN PO	P	PA
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC	Multivitaminas pediátricas		
MULTI VITAMIN W/D-3 TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN PO	P	PA
MULTI VITAMIN TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC	MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN PO	P	PA
<i>multiple vitamin TABS PO</i>	P	QL(1 cada día); RX/OTC	PC PEDIATRIC POLY- VITAMIN DROP SOLN PO	P	PA
MULTIVITAMIN ADULT TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC	POLY-VI-SOL SOLN PO	P	PA
MULTIVITAMIN TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC	POLY-VITA SOLN PO	P	PA
NEOMULTIVITE TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC	POLY-VITE PEDIATRIC SOLN PO	P	PA
OMNICAP TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC	Vitaminas prenatales		
ONE DAILY ESSENTIALS TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC	ALIVE DAILY SUP PRENATAL GUMMI	P	PA
ONE DAILY ESSENTIAL TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC	AZESCO TABS PO	P	PA
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC	CITRANATAL MEDLEY	P	PA
ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS PO ( <i>Use multiple vitamin</i> )	NP	QL(1 cada día); RX/OTC	COMPLETE NATAL DHA PO	P	PA
ONE-A-DAY MENS TABS PO ( <i>Use multiple vitamin</i> )	NP	QL(1 cada día); RX/OTC	CVS PRENATAL GUMMY	P	PA
QUINTABS TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC	DERMACINRX PRETRATE TABS PO	P	PA
STRESS FORMULA/ZINC/ENERG Y TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC	FOLIVANE-OB PO	P	PA
THERA TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC	NEO-VITAL RX TABS PO	P	PA
THEREMS TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC	PRENATAL GUMMIES	P	PA
TM-DAILY VITE TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC	PRENATAL MULTI +DHA CAPS PO	P	PA
TRUE MULTIVITAMIN TABS PO	P	QL(1 cada día); RX/OTC	PRENATAL VITAMINS- MISC	P	RX/OTC
Multivitaminas pediátricas con hierro			PRENATAL/FOLIC ACID+DHA CAPS PO	P	PA
			PRENATVITE COMPLETE TABS PO	P	PA
			PRENATVITE PLUS TABS PO	P	PA
			TARON-C DHA PO	P	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
WESNATAL DHA COMPLETE PO	P	PA
ZALVIT TABS PO	P	PA
ZIPHEX TABS PO	P	PA
<b>MEDICAMENTOS PARA USO NASAL - SISTÉMICOS Y TÓPICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la nariz y los senos paranasales</b>		
Medicamentos de uso nasal - varios		
NOZIN NASAL SANITIZER KIT	P	PA
<b>MEDICAMENTOS OFTÁLMICOS - Medicamentos para el tratamiento de enfermedades de los ojos</b>		
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>trifluridine</i>	P	QL(8 ML cada 30 días de venta al por menor)
<b>PENICILINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas</b>		
Aminopenicilinas		
<i>amoxicillin CAPS PO</i>	P	
<i>amoxicillin CHEW PO 125 MG, 250 MG</i>	P	
<i>amoxicillin SUSR PO</i>	P	
AMOXICILLIN SUSR PO (Use <i>amoxicillin</i> )	NP	
<i>amoxicillin TABS PO 875 MG</i>	P	
<i>ampicillin CAPS PO 500 MG</i>	P	
Penicilinas naturales		
<i>penicillin v potassium SOLR PO</i>	P	
<i>penicillin v potassium TABS PO</i>	P	
Combinaciones de penicilinas		
<i>amoxicillin &amp; pot clavulanate CHEW PO</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>amoxicillin &amp; pot clavulanate SUSR PO 42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57 MG/5ML-400 MG/5ML</i>	P	QL(200 ML por surtido al por menor)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
<i>amoxicillin &amp; pot clavulanate SUSR PO 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML</i>	P	QL(100 ML por surtido al por menor)
<i>amoxicillin &amp; pot clavulanate SUSR PO 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML</i>	P	QL(150 ML por surtido al por menor)
<i>amoxicillin &amp; pot clavulanate TABS PO 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG</i>	P	QL(30 por surtido al por menor)
<i>amoxicillin &amp; pot clavulanate TABS PO 125 MG-875 MG</i>	P	QL(20 por surtido al por menor)
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium IV 1 GM-0.5 GM, 10 GM-5 GM, 2 GM-1 GM</i>	P	PA
AUGMENTIN ES-600 SUSR PO (Use <i>amoxicillin &amp; pot clavulanate</i> )	NP	QL(200 ML por surtido al por menor)
AUGMENTIN SUSR PO 31.25 MG/5ML-125 MG/5ML	P	QL(150 ML por surtido al por menor)
AUGMENTIN TABS PO 125 MG-500 MG (Use <i>amoxicillin &amp; pot clavulanate</i> )	NP	QL(30 por surtido al por menor)
Penicilinas resistentes a la penicilinas		
<i>dicloxacillin sodium PO</i>	P	
<i>nafticillin sodium IV</i>	P	PA
<b>SULFONAMIDAS - Medicamentos para el tratamiento de infecciones bacterianas</b>		
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine TABS PO</i>	P	
<b>TETRACICLINAS - Medicamentos para tratar infecciones bacterianas</b>		
Tetraciclinas		

Georgia Medicaid Family Planning

Actualizado: 1 de enero de 2025

P-Medicamento preferido, NP-Medicamento no preferido, QL-Límite de cantidad, RX/OTC-ambos códigos nacionales de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) de venta con receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
DORYX TBEC PO 50 MG, 80 MG, 200 MG (Use doxycycline hyclate)	NP	PA
doxycycline hyclate CAPS PO	P	
doxycycline hyclate TABS PO 100 MG	P	
doxycycline hyclate TBEC PO	P	PA
minocycline hcl CAPS PO	P	
MINOLIRA TB24 PO	P	PA
tetracycline hcl CAPS PO	P	
VIBRAMYCIN CAPS PO (Use doxycycline hyclate)	NP	
<b>TOXOIDES</b>		
Combinaciones de toxoides		
ADACEL SUSP	P	
BOOSTRIX SUSP	P	
BOOSTRIX SUSY	P	
DAPTACEL	P	
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT SUSP	P	
INFANRIX	P	
KINRIX SUSY	P	
PEDIARIX SUSY	P	
PENTACEL	P	
QUADRACEL SUSP	P	
QUADRACEL SUSY	P	
TDVAX SUSP	P	
TENIVAC INJ	P	
TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS TD SUSP	P	
VAXELIS SUSP	P	
VAXELIS SUSY	P	
<b>VACUNAS</b>		
Vacunas bacterianas		
ACTHIB SOLR IM	P	
BCG VACCINE	P	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
BEXSERO	P	
BIOTHRAX	P	
HIBERIX SOLR IJ	P	
MENACTRA	P	
MENQUADFI	P	
MENVEO SOLN	P	
MENVEO SOLR	P	
PEDVAX HIB SUSP	P	
PENBRAYA	P	
PNEUMOVAX 23 SOLN	P	
PNEUMOVAX 23 SOSY	P	
PREVNAR 13	P	
PREVNAR 20	P	
TRUMENBA	P	
TYPHIM VI SOLN	P	
TYPHIM VI SOSY	P	
VAXCHORA	P	
VAXNEUVANCE	P	
VIVOTIF PO	P	
Vacunas derivadas de virus		
ABRYSVO	P	
ACAM2000	P	
AFLURIA PRESERVATIVE FREE SUSY	P	
AFLURIA QUADRIVALENT SUSP	P	
AFLURIA QUADRIVALENT SUSY 0.5 ML	P	
AFLURIA SUSP	P	
AREXVY	P	
DENGVAXIA	P	
ENGERIX-B SUSP 20 MCG/ML	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
ENGERIX-B SUSY	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor	HAVRIX	P	
FLUAD	P		HEPLISAV-B SOSY	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
FLUAD QUADRIVALENT	P		IMOVAX RABIES SUSR	P	
FLUARIX QUADRIVALENT SUSY	P		IPOL	P	
FLUARIX SUSY	P		IXIARO	P	
FLUBLOK QUADRIVALENT	P		JYNNEOS	P	
FLUBLOK SOSY	P		M-M-R II SOLR	P	
FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSP	P		PREHEVBRIO	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSY	P		PRIORIX SUSR	P	
FLUCELVAX SUSP	P		PROQUAD SUSR	P	
FLUCELVAX SUSY	P		RABAVERT	P	
FLULAVAL QUADRIVALENT SUSY	P		RECOMBIVAX HB SUSP	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
FLULAVAL SUSY	P		RECOMBIVAX HB SUSY	P	Límite de 3 de por vida; 3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
FLUMIST	P		ROTARIX SUSP	P	
FLUMIST QUADRIVALENT	P		ROTARIX SUSR PO	P	
FLUZONE HIGH-DOSE QUADRIVALENT	P		ROTATEQ SOLN PO	P	
FLUZONE HIGH-DOSE SUSY	P		SHINGRIX	P	2 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL (Al menos 50 años)
FLUZONE QUADRIVALENT SUSP	P		STAMARIL SUSR	P	
FLUZONE QUADRIVALENT SUSY	P		TICOVAC	P	
FLUZONE SUSP	P		TWINRIX SUSY	P	
FLUZONE SUSY	P		VAQTA	P	
GARDASIL 9 SUSP	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL (Hasta 45 años)	VARIVAX SUSR	P	2 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor
GARDASIL 9 SUSY	P	3 surtidos máx. cada 999 días de venta al por menor; AL (Hasta 45 años)	YF-VAX INJ	P	
			<b>PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS</b>		
			Productos vaginales varios		

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites	Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ Límites
TRIMO-SAN	P	PA	MONISTAT 3 CREA ( <i>Use miconazole nitrate vaginal</i> )	NP	QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)
Espermicidas			MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA ( <i>Use miconazole nitrate vaginal</i> )	NP	QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)
ENCARE SUPP 100 MG	P	1 paquete cada 30 días de venta al por menor	<i>terconazole vaginal CREA</i>	P	
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE GEL	P	QL(86 GM por surtido al por menor)	<i>terconazole vaginal SUPP</i>	P	
SHUR-SEAL CONTRACEPTIVE GEL	P	1 paquete cada 30 días de venta al por menor	<i>tioconazole vaginal 6.5 %</i>	P	
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM	P	1 paquete cada 30 días de venta al por menor	VANDAZOLE	P	QL(70 GM por surtido al por menor)
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FOAM	P	1 paquete cada 30 días de venta al por menor	Medicamentos antiinflamatorios vaginales		
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL	P		<i>hydrocortisone acetate vaginal</i>	P	
Antiinfecciosos vaginales			Estrógenos vaginales		
CLEOCIN CREA ( <i>Use clindamycin phosphate vaginal</i> )	NP		IMVEXXY MAINTENANCE PACK INST	P	PA
<i>clindamycin phosphate vaginal CREA</i>	P				
<i>clotrimazole vaginal CREA 2 %</i>	P	QL(31 GM cada 30 días de venta al por menor)			
<i>clotrimazole vaginal CREA 1 %</i>	P	QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)			
GYNAZOLE-1	P				
GYNE-LOTRIMIN 3 CREA ( <i>Use clotrimazole vaginal</i> )	NP	QL(31 GM cada 30 días de venta al por menor)			
GYNE-LOTRIMIN CREA ( <i>Use clotrimazole vaginal</i> )	NP	QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)			
<i>metronidazole vaginal</i>	P	QL(70 GM por surtido al por menor)			
<i>miconazole nitrate vaginal CREA</i>	P	QL(45 GM cada 30 días de venta al por menor)			
<i>miconazole nitrate vaginal SUPP 100 MG</i>	P	QL(7 cada 30 días de venta al por menor)			
<i>miconazole nitrate vaginal SUPP 200 MG</i>	P	QL(3 cada 30 días de venta al por menor)			

ÍNDICE	amoxicillin & pot clavulanate TABS PO 125 MG-875 MG _____	azithromycin TABS PO 600 MG ____	5
ABRYSVO _____	9	aztreonam _____	2
ACAM2000 _____	9	BACTRIM DS TABS PO (Use sulfamethoxazole-trimethoprim) ____	1
ACTHIB SOLR IM _____	9	BACTRIM TABS PO (Use sulfamethoxazole-trimethoprim) ____	1
ACTIRON _____	5	BALCOLTRA PO (Use levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron) ..	3
acyclovir CAPS PO _____	2	AMOXICILLIN SUSR PO (Use amoxicillin) _____	8
acyclovir SUSP PO _____	2	amoxicillin SUSR PO _____	8
acyclovir TABS PO 400 MG _____	2	amoxicillin TABS PO 875 MG _____	8
acyclovir TABS PO 800 MG _____	2	ampicillin & sulbactam sodium IV 1 GM-0.5 GM, 10 GM-5 GM, 2 GM-1 GM _____	8
acyclovir topical CREA _____	4	ampicillin CAPS PO 500 MG _____	8
acyclovir topical OINT _____	4	AQUAPHOR 3 IN 1 DIAPER RASH CREA _____	4
ADACEL SUSP _____	9	AREXVY _____	9
AFLURIA PRESERVATIVE FREE SUSY _____	9	ARNICARE ARNICA OINT _____	6
AFLURIA QUADRIVALENT SUSP .	9	AUGMENTIN ES-600 SUSR PO (Use amoxicillin & pot clavulanate) .	8
AFLURIA QUADRIVALENT SUSY 0.5 ML _____	9	AUGMENTIN SUSR PO 31.25 MG/5ML-125 MG/5ML _____	8
AFLURIA SUSP _____	9	AUGMENTIN TABS PO 125 MG-500 MG (Use amoxicillin & pot clavulanate) _____	8
ALIVE DAILY SUP PRENATAL GUMMI _____	7	AVENOC OINT _____	6
ALTRIXA TABS PO _____	6	AZACTAM (Use aztreonam) _____	2
AMLADEX TABS PO _____	6	AZESCO TABS PO _____	7
amoxicillin & pot clavulanate CHEW PO _____	8	azithromycin PACK PO _____	5
amoxicillin & pot clavulanate SUSR PO 28.5 MG/5ML-200 MG/5ML ____	8	azithromycin SUSR PO 100 MG/5ML .....	5
amoxicillin & pot clavulanate SUSR PO 42.9 MG/5ML-600 MG/5ML, 57 MG/5ML-400 MG/5ML _____	8	azithromycin SUSR PO 200 MG/5ML .....	5
amoxicillin & pot clavulanate SUSR PO 62.5 MG/5ML-250 MG/5ML ____	8	azithromycin TABS PO 250 MG .....	5
amoxicillin & pot clavulanate TABS PO 125 MG-250 MG, 125 MG-500 MG _____	8	azithromycin TABS PO 500 MG .....	5
		ceftazidime IV 1 GM, 2 GM, 6 GM _	3
		cefuroxime axetil TABS PO _____	2
		cephalexin CAPS PO 250 MG, 500 MG _____	2
		BCG VACCINE _____	9
		BEXSERO _____	9
		BIOTHRAX _____	9
		BOOSTRIX SUSP _____	9
		BOOSTRIX SUSY _____	9
		BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLN PO _____	7
		BRYHALI LOTN _____	4
		CALENDULA OINT _____	6
		cefaclor CAPS PO _____	2
		cefaclor SUSR PO 125 MG/5ML, 250 MG/5ML, 375 MG/5ML _____	2
		CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE SOLN 4 %-1 GM/50ML, 4 %-2 GM/100ML, 5 %-2 GM/100ML ____	2
		cefdinir CAPS PO _____	2
		cefdinir SUSR PO _____	2
		cefoxitin sodium IV _____	2
		cefprozil SUSR PO _____	2
		cefprozil TABS PO _____	2

cephalexin SUSR PO _____	2	hydrocortisone (topical)) _____	4	DIFLUCAN TABS PO 150 MG (Use fluconazole) _____	1
CIPRO TABS PO 250 MG, 500 MG (Use ciprofloxacin hcl) _____	5	CORTIZONE-10/ALOE LIQD (Use hydrocortisone (topical)) _____	4	DIFLUCAN TABS PO 50 MG (Use fluconazole) _____	1
ciprofloxacin hcl TABS PO 100 MG .5		crotamiton LOTN _____	4	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT SUSP _____	9
ciprofloxacin hcl TABS PO 250 MG, 500 MG, 750 MG _____	5	CVS NERVE PAIN RELIEF OINT _	6	DORYX TBEC PO 50 MG, 80 MG, 200 MG (Use doxycycline hyclate) _	9
CITRANATAL MEDLEY _____	7	CVS PRENATAL GUMMY _____	7	doxycycline hyclate CAPS PO ____	9
clarithromycin SUSR PO 125 MG/5ML _____	6	CYANOCOBALAMIN SOLN IJ ____	5	doxycycline hyclate TABS PO 100 MG _____	9
clarithromycin SUSR PO 250 MG/5ML _____	6	DAILY MULTIPLE VITAMINS TABS PO _____	6	doxycycline hyclate TBEC PO ____	9
clarithromycin TABS PO _____	6	DAPTACEL _____	9	drospirenone-ethinyl estradiol PO 0.02 MG-3 MG _____	3
clarithromycin TB24 PO _____	6	DAPTOMYCIN (Use daptomycin) _	1	drospirenone-ethinyl estradiol PO 0.03 MG-3 MG _____	3
CLEOCIN CREA (Use clindamycin phosphate vaginal) _____	11	daptomycin _____	1	E.E.S. GRANULES SUSR PO (Use erythromycin ethylsuccinate) ____	6
CLEOCIN PO (Use clindamycin palmitate hydrochloride) _____	2	DAPTOMYCIN _____	1	ELIMITE CREA (Use permethrin) __	4
CLEOCIN PO 150 MG, 300 MG (Use clindamycin hcl) _____	2	DENG VAXIA _____	9	ENCARE SUPP 100 MG _____	11
clindamycin hcl PO 150 MG, 300 MG _____	2	DEPO-PROVERA SUSP IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive)) _____	3	ENGERIX-B SUSP 20 MCG/ML ____	9
clindamycin palmitate hydrochloride PO _____	2	DEPO-PROVERA SUSY IM (Use medroxyprogesterone acetate (contraceptive)) _____	3	ENGERIX-B SUSY _____	10
clindamycin phosphate vaginal CREA _____	11	DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY SC _____	4	EPICYN SOLN _____	4
clotrimazole vaginal CREA 1 % ....	11	DERMACINRX PRETRATE TABS PO _____	7	ERYPED 200 SUSR PO (Use erythromycin ethylsuccinate) ____	6
clotrimazole vaginal CREA 2 % ....	11	desogestrel & ethinyl estradiol PO _	3	ERYPED 400 SUSR PO (Use erythromycin ethylsuccinate) ____	6
colistimethate sodium _____	2	desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic) PO _____	3	erythromycin base CPEP PO ____	6
COLY-MYCIN M (Use colistimethate sodium) _____	2	desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic) PO _____	3	erythromycin base TABS PO ____	6
COMPLETE NATAL DHA PO ____	7	dicloxacillin sodium PO _____	8	erythromycin base TBEC PO ____	6
CORDRAN CREA 0.025 % _____	4	DIFLUCAN SUSR PO (Use fluconazole) _____	1	erythromycin ethylsuccinate SUSR PO _____	6
CORTIZONE-10 MAXIMUM STRENGTH LIQD (Use		DIFLUCAN TABS PO 100 MG, 200 MG (Use fluconazole) _____	1	erythromycin ethylsuccinate TABS PO _____	6

erythromycin stearate TABS PO 250 MG _____ 6	FLUZONE QUADRIVALENT SUSP 10	HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TABS PO _____ 7
ESTROFACTORS TABS PO _____ 6	FLUZONE QUADRIVALENT SUSY 10	HYCLODEX SOLN _____ 4
ethynodiol diacet & eth estrad PO _ 3	FLUZONE SUSP _____ 10	hydrocodone-acetaminophen SOLN PO 108 MG/5ML-2.5 MG/5ML, 217 MG/10ML-5 MG/10ML, 325 MG/15ML-7.5 MG/15ML _____ 1
etonogestrel-ethinyl estradiol _____ 3	FLUZONE SUSY _____ 10	hydrocortisone (rectal) EX 1 % _____ 1
FC2 FEMALE CONDOM _____ 6	FOLCYTEINE TABS PO _____ 7	hydrocortisone (topical) LIQD _____ 4
FEMCAP DEVI _____ 6	folic acid TABS PO 1 MG _____ 5	hydrocortisone acetate vaginal _____ 11
FLUAD _____ 10	FOLI-D TABS PO _____ 5	HYPOCYN SOLN _____ 4
FLUAD QUADRIVALENT _____ 10	FOLIVANE-OB PO _____ 7	ICHTHAMMOL DRAWING SALVE OINT _____ 6
FLUARIX QUADRIVALENT SUSY 10	FOLVITE-D TABS PO _____ 5	imiquimod 5 % _____ 4
FLUARIX SUSY _____ 10	GANCICLOVIR SODIUM SOLN _____ 2	IMOVAX RABIES SUSR _____ 10
FLUBLOK QUADRIVALENT _____ 10	GARDASIL 9 SUSP _____ 10	IMPOYZ CREA _____ 4
FLUBLOK SOSY _____ 10	GARDASIL 9 SUSY _____ 10	IMVEXXY MAINTENANCE PACK INST _____ 11
FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSP _____ 10	GENICIN VITA-D TABS PO (Use folic acid-cholecalciferol) _____ 5	INFANRIX _____ 9
FLUCELVAX QUADRIVALENT SUSY _____ 10	GENICIN VITA-Q TABS PO _____ 7	inositol niacinate CAPS PO _____ 2
FLUCELVAX SUSP _____ 10	griseofulvin microsize SUSP PO _____ 1	IPOL _____ 10
FLUCELVAX SUSY _____ 10	griseofulvin microsize TABS PO _____ 1	IRO-PLEX _____ 5
fluconazole SUSR PO _____ 1	griseofulvin ultramicrosize PO _____ 1	itraconazole CAPS PO _____ 1
fluconazole TABS PO 100 MG, 200 MG _____ 1	GYNAZOLE-1 _____ 11	IXIARO _____ 10
fluconazole TABS PO 150 MG _____ 1	GYNE-LOTTRIMIN 3 CREA (Use clotrimazole vaginal) _____ 11	JYNNEOS _____ 10
fluconazole TABS PO 50 MG _____ 1	GYNE-LOTTRIMIN CREA (Use clotrimazole vaginal) _____ 11	ketoconazole PO _____ 1
FLULAVAL QUADRIVALENT SUSY · 10	halobetasol propionate FOAM _____ 4	KINRIX SUSY _____ 9
FLULAVAL SUSY _____ 10	HAVRIX _____ 10	levofloxacin TABS PO _____ 5
FLUMIST _____ 10	HEMATEX LIQD _____ 5	levonorgestrel & eth estradiol TABS PO _____ 3
FLUMIST QUADRIVALENT _____ 10	HEMATRON-AF _____ 5	levonorgestrel (emergency oc) PO 1.5 MG _____ 3
FLUZONE HIGH-DOSE QUADRIVALENT _____ 10	HEMAX EZY-DOSE _____ 5	levonorgestrel-eth estradiol
FLUZONE HIGH-DOSE SUSY _____ 10	HEPLISAV-B SOSY _____ 10	
	HIBERIX SOLR IJ _____ 9	

(triphasic) PO _____	3	ethinyl estradiol (biphasic)) _____	3	norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic) PO _____	3
levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day) PO 0.03 MG-0.15 MG _____	3	M-M-R II SOLR _____	10	norgestimate-ethinyl estradiol PO _____	3
levonorgestrel-ethinyl estradiol-iron PO _____	3	MONISTAT 3 CREA (Use miconazole nitrate vaginal) _____	11	norgestrel & ethinyl estradiol PO 30 MCG-0.3 MG _____	3
LEXETTE FOAM (Use halobetasol propionate) _____	4	MONISTAT 7 SIMPLY CURE CREA (Use miconazole nitrate vaginal) _____	11	NOVAFERRUM LIQD _____	5
LICEMD GEL _____	4	MULTI VITAMIN TABS PO _____	7	NOZIN NASAL SANITIZER KIT _____	8
lidocaine-hydrocortisone acetate CREA 1 %-1 % _____	4	MULTI VITAMIN W/D-3 TABS PO _____	7	NUVARING (Use etonogestrel-ethinyl estradiol) _____	3
MALE CONDOMS-MISC _____	6	multiple vitamin TABS PO _____	7	nystatin TABS PO _____	1
MAXFE _____	5	multiple vitamins w/ iron TABS PO _____	6	ofloxacin PO 300 MG, 400 MG _____	5
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP IM _____	4	MULTIVITAMIN ADULT TABS PO _____	7	OMNICAP TABS PO _____	7
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSY IM _____	4	MULTIVITAMIN DROPS/IRON SOLN PO _____	7	OMNIFLEX DIAPHRAGM _____	6
MENACTRA _____	9	MULTIVITAMIN INFANT & TODDLER SOLN PO _____	7	ONE DAILY ESSENTIAL TABS PO _____	7
MENQUADFI _____	9	MULTIVITAMIN TABS PO _____	7	ONE DAILY ESSENTIALS TABS PO _____	7
MENVEO SOLN _____	9	nafcillin sodium IV _____	8	ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN TABS PO _____	7
MENVEO SOLR _____	9	NEOMULTIVITE TABS PO _____	7	ONE-A-DAY ESSENTIAL TABS PO (Use multiple vitamin) _____	7
METHYLCOBALAMIN SOLR _____	5	neomycin sulfate TABS PO _____	1	ONE-A-DAY MENS TABS PO (Use multiple vitamin) _____	7
methylcobalamin SUBL _____	5	NEO-VITAL RX TABS PO _____	7	OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE GEL _____	11
methylcobalamin TBDP _____	5	NEURAGEN PN OINT _____	6	PC PEDIATRIC POLY-VITAMIN DROP SOLN PO _____	7
metronidazole TABS PO _____	1	NIX CREME RINSE LIQD EX (Use permethrin) _____	4	PEDIARIX SUSY _____	9
metronidazole vaginal _____	11	norelgestromin-ethinyl estradiol _____	3	PEDVAX HIB SUSP _____	9
miconazole nitrate vaginal CREA _____	11	norethin acet & estrad-fe TABS PO 1 MG-20 MCG-75 MG, 1.5 MG-30 MCG-75 MG _____	3	PENBRAYA _____	9
miconazole nitrate vaginal SUPP 100 MG _____	11	norethindrone & eth estradiol PO _____	3	penicillin v potassium SOLR PO _____	8
miconazole nitrate vaginal SUPP 200 MG _____	11	norethindrone (contraceptive) PO _____	4	penicillin v potassium TABS PO _____	8
minocycline hcl CAPS PO _____	9	norethindrone acet & eth estra TABS PO _____	3	PENTACEL _____	9
MINOLIRA TB24 PO _____	9	norethindrone-eth estradiol (triphasic) PO _____	3	permethrin CREA _____	4
MIRCETTE PO (Use desogestrel-					

permethrin LIQD EX _____	4	0.5 % .....	4	sulfamethoxazole-trimethoprim TABS PO _____	1
PLAN B ONE-STEP PO (Use levonorgestrel (emergency oc)) ____	3	QBREXZA _____	4	TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE TABS PO _____	6
PNEUMOVAX 23 SOLN _____	9	QUADRACEL SUSP _____	9	TARON-C DHA PO _____	7
PNEUMOVAX 23 SOSY _____	9	QUADRACEL SUSY _____	9	TDVAX SUSP _____	9
POLY-VI-SOL SOLN PO _____	7	QUINTABS TABS PO _____	7	TEARS AGAIN ADVANCED EYELID .....	4
POLY-VITA SOLN PO _____	7	RABAVERT _____	10	TENIVAC INJ _____	9
POLY-VITE PEDIATRIC SOLN PO .7		RADIAURA CREA _____	4	terbinafine hcl TABS PO _____	1
POLY-VITE/IRON SOLN PO ____	7	RECOMBIVAX HB SUSP _____	10	terconazole vaginal CREA ____	11
PREHEVBRIO _____	10	RECOMBIVAX HB SUSY _____	10	terconazole vaginal SUPP ____	11
PRENATAL GUMMIES _____	7	RID COMPLETE LICE ELIMINATION (Use pyrethrins-piperonyl butoxide- permethrin-nit remover) _____	5	TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS TD SUSP _____	9
PRENATAL MULTI +DHA CAPS PO . 7		RID LIQD 4 %-0.33 % (Use pyrethrins-piperonyl butoxide) ____	5	tetracycline hcl CAPS PO _____	9
PRENATAL VITAMINS-MISC _____	7	ROTARIX SUSP _____	10	THERA TABS PO _____	7
PRENATAL/FOLIC ACID+DHA CAPS PO _____	7	ROTARIX SUSR PO _____	10	THEREMS TABS PO _____	7
PRENATVITE COMPLETE TABS PO .....	7	ROTATEQ SOLN PO _____	10	TICOVAC _____	10
PRENATVITE PLUS TABS PO ____	7	SCARZEN SKIN REPAIR _____	4	tinidazole PO 500 MG _____	1
PREVNAR 13 _____	9	SCHOOLTIME SHAMPOO SHAM .5		tioconazole vaginal 6.5 % _____	11
PREVNAR 20 _____	9	SEASONIQUE PO (Use levonorgestrel-ethinyl estradiol (91- day)) _____	3	TM-DAILY VITE TABS PO _____	7
PREVYMIS SOLN _____	2	SHINGRIX _____	10	TOLSURA CAPS PO _____	1
PREVYMIS TABS _____	2	SHUR-SEAL CONTRACEPTIVE GEL _____	11	TRAUMEEL OINT _____	6
PRID OINT _____	6	SPORANOX CAPS PO (Use itraconazole) _____	1	trifluridine _____	8
PRIORIX SUSR _____	10	STAMARIL SUSR _____	10	trimethoprim TABS PO _____	1
probenecid PO _____	5	STRESS FORMULA/ZINC/ENERGY TABs PO _____	7	TRIMO-SAN _____	11
PROQUAD SUSR _____	10	sulfadiazine TABS PO _____	8	TRUE MULTIVITAMIN TABS PO __	7
pyrethrins-piperonyl butoxide LIQD .4		sulfamethoxazole-trimethoprim SUSP PO _____	1	TRUMENBA _____	9
pyrethrins-piperonyl butoxide SHAM 4 %-0.33 % _____	4			TWINRIX SUSY _____	10
pyrethrins-piperonyl butoxide- permethrin-nit remover 4 %-0.33 %-				TYBLUME CHEW _____	3
				TYPHIM VI SOLN _____	9

TYPHIM VI SOSY _____	9	ZIPHEX TABS PO _____	8
valacyclovir hcl PO 1 GM _____	2	ZITHROMAX PACK PO _____	5
valacyclovir hcl PO 500 MG _____	2	ZITHROMAX SUSR PO 100 MG/5ML (Use azithromycin) _____	6
VALTREX PO 1 GM (Use valacyclovir hcl) _____	2	ZITHROMAX SUSR PO 200 MG/5ML (Use azithromycin) _____	6
VALTREX PO 500 MG (Use valacyclovir hcl) _____	2	ZITHROMAX TABS PO 250 MG (Use azithromycin) _____	6
VANDAZOLE _____	11	ZITHROMAX TABS PO 500 MG (Use azithromycin) _____	6
VAQTA _____	10	ZITHROMAX TRI-PAK TABS PO (Use azithromycin) _____	5
VARIVAX SUSR _____	10	ZITHROMAX Z-PAK TABS PO (Use azithromycin) _____	5
VAXCHORA _____	9	ZOVIRAX CREA (Use acyclovir topical) _____	4
VAXELIS SUSP _____	9	ZOVIRAX OINT (Use acyclovir topical) .....	4
VAXELIS SUSY _____	9	ZOVIRAX SUSP PO (Use acyclovir) .	2
VAXNEUVANCE _____	9		
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM _____	11		
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FOAM _____	11		
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE GEL _____	11		
VIBRAMYCIN CAPS PO (Use doxycycline hyclate) _____	9		
VIVOTIF PO _____	9		
WESNATAL DHA COMPLETE PO .	8		
YASMIN 28 PO (Use drospirenone- ethinyl estradiol) _____	3		
YAZ PO (Use drospirenone-ethinyl estradiol) _____	3		
YF-VAX INJ _____	10		
ZALVIT TABS PO _____	8		
ZEEL ARTHRITIS PAIN RELIEF OINT _____	6		
ZEMDRI _____	1		